

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Pierre-Charles-Etienne GERMAIN DE SALIGNY

Né à Cosne-sur-Loire le 16 juin 1872

CONTRIBUTION A LA NEPHROPEXIE

SANS SUTURES

PAR

ENCLAVEMENT CICATRICIEL DU REIN

Président : M. BROUARDEL. Professeur.

POIRIER. Professeur.

Juges : MM. } THIROLOIX. Agrégé.

WALLICH. Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Octobre 1899, à 1 heure

PAR

Pierre-Charles-Etienne GERMAIN DE SALIGNY

Né à Cosne-sur-Loire le 16 juin 1872

CONTRIBUTION A LA NEPHROPEXIE

SANS SUTURES

PAR

ENCLAVEMENT CICATRICIEL DU REIN

Président : M. BROUARDEL, Professeur.

*Juges : MM. { POIRIER, Professeur.
 { THIROLOIX, Agrégé.
 { WALLICH, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL.
 MM.
 FARABEUF.
 CH. RICHET.
 GABRIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 TERRIER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSSE.

Clinique médicale.....

POITAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
 RAYMOND

Clinique chirurgicale.....

BERGER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLIAUX.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRÉ.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Commandeur de la légion d'honneur
Membre de l'Institut.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis ici même d'adresser à celle qui fut toujours notre soutien dans les jours parfois cruels de notre vie d'Etudiant. Je croirais manquer à tous mes devoirs sans adresser un hommage de profonde gratitude à cette mère si dévouée à laquelle je dois ce que je suis.

Qu'il nous soit permis aussi de remercier Monsieur Julien, professeur libre d'Anatomie. Que de fois, au cours de nos études, ne nous a-t-il pas remonté le moral parfois affaibli et que de fois son dévouement s'est manifesté à notre égard ! C'est grâce à lui que nous avons aimé la science des Vesale et des Broca, tant par son enseignement, il nous la rendit séduisante.

Que Messieurs Peyrot et Duguet reçoivent aussi l'hommage de notre gratitude ; ce sont eux qui nous ont fait faire nos premiers pas dans la science médicale. Monsieur le Professeur Jaccoud a couronné l'œuvre de

ces deux excellents cliniciens; qu'il reçoive ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions aussi Monsieur le docteur Robineau, prosecteur à l'amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux, dont les conseils souvent répétés nous ont été si utiles dans ces dernières années.

Nous n'oublions pas Monsieur le docteur Fischer qui nous a aidé lui aussi dans ce modeste travail que nous sommes heureux et fier de voir présider par l'éminent doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur Brouardel. Nous lui exprimons ici notre respectueuse reconnaissance.

PRÉFACE

L'histoire de la chirurgie en ce siècle est pleine d'enseignements. Ce qui hier encore n'était qu'une vue de l'esprit est passé aujourd'hui du domaine de la spéculation dans le domaine de la réalité grâce aux doctrines microbiennes qui ont conduit à l'immortelle découverte de l'anglais Sir Lister qui, en créant l'antiseptie et l'asepsie, a établi réellement sur des fondations solides les bases désormais impérissables de notre art.

Nulle part il n'est impossible de suivre plus complètement la marche de l'esprit humain dans la connaissance des lois et des faits scientifique. C'est qu'en effet, dernière venue parmi les sciences biologiques dont elle est en quelque sorte le couronnement, la chirurgie a passé plus que toute autre par toutes les phases de l'acquisition du savoir, grâce à la diffusion rapide des travaux des chirurgiens des différents pays par la voie de la presse médicale, les travaux originaux, les thèses, puis aussi parce que le plus humble chirurgien peut faire

entendre aisément sa voix dans le grand concert de la science et apporter sa modeste pierre à l'édification du splendide monument commun, c'est pourquoi nous espérons pouvoir, dans notre modeste thèse, rendre service à nos connaissances générales et contribuer dans nos humbles moyens à diffuser des faits nouveaux encore imparfaitement connus. A la bibliothèque de la Faculté, en parcourant les thèses de chirurgie, une entre autres, me frappa par son réel intérêt pratique et le peu de difficultés de son manuel opératoire ; j'ai nommé la thèse du D^r Henri Flouquet sur la libération du Méat urinaire dans la cure de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme. Opération qui a été imaginée par un praticien de Paris le D^r H. Fischer.

Jè me disais que je serais très heureux si je pouvais trouver un sujet équivalent. Je désespérais lorsque le hasard, le bienheureux hasard qui fait souvent de si grandes choses, me fit rencontrer à la bibliothèque un opuscule du D^r H. Fischer intitulé Nephropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein. *Eurêka* m'écriai-je, si personne n'a encore passé de thèse sur ce sujet, j'en veux être l'initiateur. Personne ne l'ayant fait, j'ai choisi cette nouvelle opération pour sujet de ma thèse. J'espère mériter toute votre attention et votre bienveillante indulgence pour mon essai inaugural.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue la pathologie et la pathogénie du rein mobile, nous insis-

terons surtout sur son traitement par la Néphropexie sans sutures.

Nous dirons d'ores et déjà que cette opération aussi rationnelle que hardie n'eût pas été possible avant l'avènement de la Chirurgie aseptique, car il ne viendrait jamais à un chirurgien l'idée de laisser un rein s'enclaver dans une cicatrice s'il n'était absolument sûr de son asepsie, c'est maintenant ou jamais le moment de répéter les paroles du poète latin : *Et jam nunc sunt quæ Venire non credebam*, que nous traduirons librement par ces mots : Rien n'est impossible au chirurgien aseptique.

ECTOPIE RÉNALE

La néphroptose n'est pas à proprement parler une nouvelle venue dans le cadre nosologique; elle a été connue dès le seizième siècle. En 1561 Mesnier la décrit de main de maître, à tel point qu'il a laissé peu de choses aux modernes à ajouter à sa description, il établit déjà une distinction entre la néphroptose vraie, essentielle, sans lésion du rein et celle due à l'augmentation du volume de l'organe par un Néoplasme, que son poids énorme fait basculer dans la cavité abdominale. Plus tard, en 1682 l'éminent anatomiste Lyonnais Riolan, dans son Manuel anatomique et pathologique (in-12, Lyon 1682, pag. 228) insista également sur cette distinction. Pour juger de la connaissance des anciens, écoutons parler le chirurgien Lyonnais :

« Encore que les reins semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent pourtant pas de pouvoir quitter leur place, d'être démis et de tomber en avant, quelquefois même ils tombent jusqu'au bas-ventre, ce qui

ne peut se faire sans qu'on soit en danger de vie ; ce qui est véritable, qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient non seulement de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce qu'étant devenus trop grands et trop lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassin, ils sont portés en bas par leur poids, leurs attaches n'étant assez fortes pour les retenir en leur place d'où il arrive qu'après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombés ils se pourrissent et deviennent pleins d'abcès. »

Il faut établir dans la néphroptose une distinction entre deux variétés d'ectopie selon le degré de déplacement et que nous désignerons sous les noms de rein mobile et de rein flottant.

Dans le rein mobile, pendant les grandes inspirations, on sent la partie supérieure de l'organe séparée du foie par un espace intermédiaire entre lequel on peut insérer un ou deux doigts, le rein dans ce cas peut être abaissé dans la cavité rétropéritonéale jusqu'au niveau de l'ombilic, mais pas au-delà.

Le rein flottant possède un grand rayon de mobilité, il se promène dans la cavité abdominale et se déplace au-dessous et au-delà du niveau de l'ombilic.

ÉTIOLOGIE

Quoique la plupart du temps, l'ectopie rénale soit acquise, elle est quelquefois cependant congénitale; dans ce cas elle est due au relâchement des tissus qui environnent le rein qui possède ainsi un mésonéphrose et flotte librement dans la cavité abdominale. Une artère rénale d'une longueur anormale peut aussi prédisposer au développement du rein mobile. D'autre part, un amaigrissement rapide avec résorption de l'atmosphère graisseuse du rein peut être quelquefois incriminé. Les femmes sont beaucoup plus sujettes à cette affection que les hommes, et on a tour à tour mis en cause, les grossesses répétées, les corsets, les jupes trop serrées. Ces causes ont certainement une action, mais elles ne sont pas ni exclusives ni pathognomiques, puisqu'on rencontre la néphroptose aussi bien chez les vierges et les nullipares que chez les multipares et les hommes. Dans l'entéroptose de Glénard et la pantoptose de Dubrenil on trouve presque toujours le ou les reins ectopiés. On trouve surtout le rein droit déplacé, puis ensuite le gauche et bien plus rarement les deux reins ectopiés. Pour notre part nous croyons que ce ne sont pas tant les causes ci-dessus énoncées pas plus d'ailleurs que le voisinage du foie qui sont les causes réellement efficientes de la néphroptose, mais nous pensons que le

déplacement de ce viscère est dû surtout aux traumatismes agissant chez des sujets dont la paroi musculaire est faible, ou la capsule adipeuse, mince ou perforée par le traumatisme lui-même, ou encore lorsque les sujets à parois musculaires fortes sont soumis à des chocs violents.

SYMPTOMES

Le rein déplacé peut exister sans donner lieu à aucun symptôme, c'est souvent une trouvaille d'autopsie. Chez le vivant il peut être découvert accidentellement par un examen physique fortuit. Lorsque le rein déplacé manifeste sa présence pendant la vie il donne lieu à des phénomènes locaux réflexes et généraux, ces deux derniers étant la plupart du temps les plus importants.

Les symptômes réflexes sont presque toujours uniquement abdominaux, mais quelquefois cependant ils peuvent envahir tout le système ; les symptômes locaux sont plus marqués dans le rein extrêmement mobile (rein flottant) tandis que dans la mobilité moyenne les symptômes réflexes l'emportent d'habitude en importance sur les symptômes locaux, il y a le plus fréquemment une pesanteur, une sensation de lourdeur et de poids avec tension douloureuse dans les reins et l'abdomen, surtout après une longue marche, une station debout

prolongée ou un travail manuel pénible. Ces sensations peuvent même quelquefois avoir leur maximum d'intensité dans la région sacrée; d'autrefois la douleur est très aiguë et simule un accès de coliques hépathiques ou néphrétiques.

Ce qui est à remarquer c'est qu'on ne note jamais de douleur dans le rein lui-même, à moins toutefois qu'il ne soit congestionné par la pression ou la traction qu'il exerce sur les veines rénales ou par l'obstruction de l'uretère. Nous dirons ici en passant qu'un examen brutal ou maladroit peut amener des crises de coliques intenses en produisant une coudure intempestive de l'uretère. Le repos au lit dans le décubitus dorsal amènerait la cessation de tels accès.

Les réflexes gastro-intestinaux, sont communs, l'indigestion est fréquente, accompagnée ou non de nausées et de vomissements. Un rein flottant en appuyant sur le duodénum peut donner lieu à une dilatation de l'estomac consécutive, mais l'association de ces deux états est plutôt, selon nous, une coïncidence qu'une relation de cause à effet. L'ictère par pression de la vésicule biliaire est aussi un phénomène concomitant rare. On rencontre quelquefois des palpitations de cœur, de la constipation, de la flatulence, de l'œdème des membres inférieurs par pression de la veine cave inférieure et plus rarement des troubles pelsiens (dysménorrhée, avortement, vessie irritable). Quelques cas de rein déplacé sont caractérisés par des attaques brusques et sévères de douleurs néphrétiques

ou gastralgiques avec fièvre, frissons, nausées et vomissement et mêmes lipothymies, ces attaques sont quelquefois périodiques, revenant quelquefois à chaque époque menstruelle et sont connues sous le nom de « crises de Dietl » ou symptômes d'incarcérations. Elles peuvent être amenées par des erreurs de diète, par des excès de table. Il est très probable, ainsi que Dietl l'a lui-même suggéré, que ces cas sont dus à la torsion ou à la coupure des vaisseaux rénaux ou de l'uretère ou quelquefois aussi à l'inflammation circonscrite du rein mobile.

Une hydronéphrose aiguë peut se développer ainsi avec diminution notable de la sécrétion urinaire pouvant aller même jusqu'à l'anurie. L'urine est rare, concentrée et contient des acides urique et oxalique en excès. Après 3 ou 4 jours l'attaque cesse, la diurèse redevient abondante et le rein douloureux et enflé redevient mobile.

Les symptômes généraux du rein mobile sont surtout nerveux (hystérie, neurasthénie) on a vu des troubles mentaux pouvant aller jusqu'à la mélancolie suivre la découverte par la maladie de son rein ectopié qu'il persiste à prendre pour un cancer, malgré l'avis contraire de son ou ses médecins.

La céphalagie, la rachialagie, l'irritabilité mentale, les paresthésies, les névralgies, la dyspepsie nerveuse et un grand nombre d'autres manifestations hystériformes peuvent devenir des symptômes difficiles à atténuer. Les signes physiques du rein mobile et du rein flottant sont très importants et pathognomoniques. La palpa-

tion surtout bimanuelle, comme dans la méthode de contre-pression d'Israël ou de Guyon (la main gauche étant placée en arrière sur la région lombaire, la droite à la même hauteur sous les hypochondres en avant, manipulant profondément l'abdomen de haut en bas, fait sentir une tumeur renitente, mobile, de la forme et de la grandeur du rein dans un des flancs) de préférence le flanc droit au-dessous des côtes (rein mobile) ou dans la région ombilicale ou les fosses iliaques (rein flottant). Quoiqu'il soit comparativement facile de sentir les contours de la tumeur, il est toujours plus difficile de la tenir dans la main car elle fuit souvent comme un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts, on peut, en faisant exécuter des mouvements au malade, la remettre en ectopie et la sentir à nouveau; une forte inspiration peut faire changer de place un rein mobile mais n'a évidemment aucune influence sur un rein flottant. On peut quelquefois sentir les pulsations de l'artère rénale dans le rein flottant.

DIAGNOSTIC

Un diagnostic n'est possible qu'après un examen attentif et sérieux ; quand cet examen est bien pratiqué, un rein ectopie ne peut échapper. La grandeur, la forme de l'organe, sa position plus fréquente à droite, sa mobilité avec des symptômes douloureux locaux et des

réflexes nerveux généraux, surtout chez une femme amaigrie, sont pathognomoniques, la station droite, (le corps de préférence penché en avant avec la main du côté exploré reposant sur une table) ou bien le patient assis le coude sur le genou sont quelquefois plus favorables pour un examen que la station couchée. Un abdomen à parois flasques facilite grandement l'exploration physique.

Le rein flottant naturellement se diagnostique plus facilement que le rein mobile, car dans ce dernier cas il faut compter avec les tumeurs de la vésicule biliaire à droite et la rate déplacée à gauche.

L'ectopie splénique est rare, mais les tumeurs de la vésicule biliaire ont souvent été prises pour des reins mobiles et inversement. Quelquefois il y a coïncidence de ces deux états chez le malade. Ces deux affections sont communes chez la femme. (Le rein droit, ainsi que nous l'avons déjà dit, est plus souvent trouvé déplacé que le gauche),

On peut les trouver associées, se présentant comme deux tumeurs situées l'une sous l'hypochondre droit et l'autre dans la région ombilicale, elles sont plus ou moins mobiles, lisses et renitentes, légèrement tendues, rondes ou ovales de forme avec symptômes dyspeptiques concomitants et des signes de percussion variables. L'une ou l'autre peut donner lieu à des paroxysmes de coliques intenses ou à la jaunisse. La jaunisse toutefois est plus rare dans le rein mobile non compliqué tandis

que l'amaigrissement et les désordres nerveux généraux sont plus communs. La tumeur rénale se laisse palper moins facilement que la tumeur biliaire et peut varier de grandeur (hydronephrose), sa diminution étant accompagnée par une augmentation marquée dans l'excrétion de l'urine. Si la vésicule biliaire est remplie de calculs, sa consistance est plus ferme que celle du rein, de plus les mouvements de la biliaire sont plus habituellement latéraux avec un court arc de cercle, le centre duquel se trouve au-dessous du bord du lobe droit du foie, tandis que ceux du rein mobile ou flottant peuvent être soit verticaux, obliques ou latéraux avec arcs beaucoup plus grands. De plus les tumeurs de la vésicule descendent avec l'inspiration, ce qui n'a pas lieu dans l'Ectopie rénale. Dans certains cas il faut faire le diagnostic différentiel entre les attaques de coliques douloureuses connues sous le nom de crises de Dietl et les attaques de coliques néphrétiques ou hépatiques, les coliques intestinales l'obstruction intestinale aiguë et l'appendicite.

Lorsque l'on aura fait le diagnostic du rein ectopié, il faudra encore rechercher si l'organe est sain ou s'il est malade.

Or nous savons depuis Mesnie et Riolan qu'un rein malade cancéreux, kystique calculeux, ou simplement brightique est souvent entraîné par son poids et flotte dans la cavité abdominale. Il faudra donc étudier avec soin la forme, le volume du rein, les antécédents du malade,

pratiquer avec le plus grand soin l'examen répété des urines pour éliminer tous les cas pathologiques, car la néphropéxie ne s'adresse qu'au rein ectopié sain et il découle de soi qu'il faudrait appliquer aux premiers une toute autre thérapeutique.

Les divers traitements que l'on prescrivit successivement contre la néphrotose, pelote de Glénard, repos prolongé dans le décubitus dorsal, antispasmodiques, etc., furent purement médicaux jusqu'en avril 1881, époque à laquelle un chirurgien allemand de génie, E. Hahn, créa une opération destinée à maintenir dans la région lombaire le rein retenu par des fils passés à travers sa capsule adispense et tenant d'autre part de chaque côté aux parois.

Depuis l'opération de Hahn divers procédés ingénieux ont été employés et décrits par des chirurgiens. Pour éviter des redites fastidieuses pour le lecteur dont le temps est précieux, *time is money*, nous dirons que ces divers procédés gravitent autour de trois types. Le premier consiste à coudre la seule capsule adipeuse du rein à la paroi lombaire sans toucher au rein; le deuxième à suturer la capsule propre du rein décortiquée à la paroi; le troisième procédé, qui est celui qui est le plus généralement employé, le plus sûr du reste, consiste à passer des fils à travers le rein que l'on suture ensuite à la paroi lombaire ainsi qu'au périoste de la deuxième côte.

Ce dernier procédé se pratique avec ou sans avive-

ment de la capsule propre du rein (1) ce qui fait autant de sous-procédés différents ; dans l'opération type n° 2 on peut également aviser les surfaces du rein. Hahn employa le premier procédé, Morris, Trèves, Guyon le deuxième ; Lylod, Tuffier le troisième. L'opération typique de Hahn doit être abandonnée en pratique, car elle donne trop peu de guérisons définitives. Les deux autres sont meilleures, elles ont plus de guérisons définitives à leur actif, mais elles n'assurent la guérison que dans une proportion de 40 à 50 0/0 environ.

Dans certains cas graves, où l'on n'avait pu obtenir la fixation du rein, et dans lesquels les malades, dont la vie était rendue absolument insupportable de par leur néphroptose avaient demandé à cors et à cris une intervention quelconque, des chirurgiens ont pratiqué la néphrectomie. Nous ne croyons pas que même dans ces cas graves cette opération soit justifiée, d'autant plus que, comme on va le voir plus bas, nous possédons maintenant une opération facile, peu dangereuse, qui réussit presque toujours, à la portée de la plupart des praticiens, tandis que la néphrectomie est difficile à exécuter pour les médecins en général, que de plus elle est dangereuse non seulement immédiatement, même entre les mains de chirurgiens de profession, mais encore consécutivement, car l'on ne prive pas impuné-

(1) On a non seulement avivé le rein au bistouri, mais encore avec des caustiques chimiques (Albarran).

ment l'économie d'un organe aussi important que le rein. Aussi n'insisterons-nous point sur les inconvénients qu'offre l'ablation du rein.

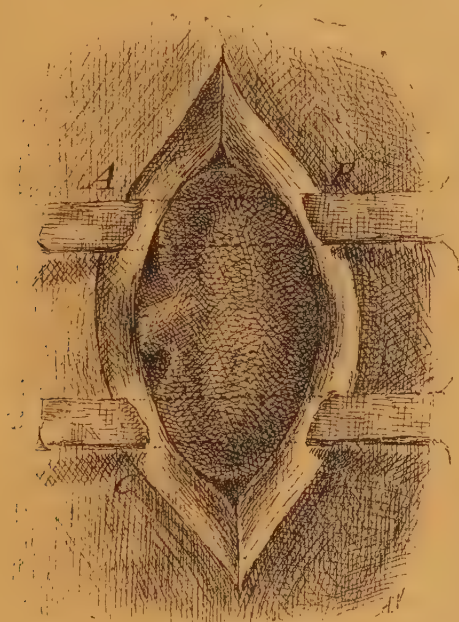
C'est pourquoi, voyant les résultats encore aléatoires des divers procédés de néphrorrhaphie nous avons essayé un autre mode opératoire qui, comme on le verra, nous a pleinement réussi et qui réussira de même entre les mains des médecins ou chirurgiens qui la pratiqueront. Elle nous paraît infiniment préférable aux moyens de fixation du rein pour de nombreuses raisons : 1° parce que l'on ne passe pas de fils, ni dans le rein qu'ils coupent souvent et qu'ils ne maintiennent point par conséquent, ni dans la capsule du rein, qui lâche également fréquemment, méthodes qui dans les deux cas traumatisent sérieusement le rein. Notre opération respecte l'intégrité de l'organe.

Voici en quoi elle consiste et comment nous la pratiquons : « Les précautions antiseptiques prises comme d'ordinaire, le malade est endormi dans le décubitus latéral couché sur le côté sain. On fait une incision lombaire comme dans les autres procédés, c'est-à-dire partant de la onzième côte, le long du sillon latéral des lombes, jusqu'à la crête iliaque que l'on suit par une incision courbe sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Avoir bien soin de compter exactement les côtes, se rappeler que la douzième est souvent rudimentaire, car si l'on n'y prenait garde on pourrait quelquefois ouvrir la plèvre. La ligne d'incision amorcée et indiquée au

bistouri, on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ainsi que son fascia superficialis, puis ensuite l'aponévrose commune des muscles vertébraux, on découvre le sacro-lombaire que l'on rejette en dedans après l'avoir séparé des muscles avoisinants, on incise ensuite avec précautions le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse et le muscle lui-même; avec beaucoup d'attention on ouvre à la sonde cannelée le carré des lombes qui est lui-même précédé d'une lame aponévrotique, on découvre alors l'atmosphère grasseuse du rein.

L'hémostase doit être faite avec soin au fur et à mesure des divers temps de l'opération, elle doit être complète avant l'ouverture de la capsule adipeuse pour éviter de répandre du sang dans la cavité rétropéritonéale, ce qui pourrait consécutivement occasionner quelque ennui; on incise l'atmosphère grasseuse à petits coups et avec beaucoup d'attention en s'aidant surtout de la sonde, le rein ne tarde pas à apparaître... Lorsque l'on a découvert le carré des lombes, on fait appuyer fortement le poing d'un aide exercé contre la paroi abdominale, afin de refouler le rein dans la région lombaire. Il est bien entendu qu'avant de commencer l'opération on s'était rendu compte à nouveau de la position du rein et que l'on avait répété la manœuvre précédente avec l'aide. Alors on fait de chaque côté des lèvres de la partie supérieure de l'incision deux larges boutonnières A. B. que l'on répète symétriquement à la partie inférieure de l'incision aux points C. D. en faisant attention de ne

pas répandre de sang dans la cavité abdominale, en la garnissant alors d'éponges pour la protéger du sang ; on fait l'hémostase et on introduit dans la boutonnière A. en allant de la peau vers la profondeur une longue plaque d'os décalcifié préalablement façonnée en forme de V largement ouvert ou d'U on l'a fait ressortir par l'ori-



SCHÉMA

fice profond de A. on la fait pénétrer par l'orifice profond de B et ressortir par son orifice cutané ; on fait de même pour une deuxième plaque que l'on fait passer de C. à D., la plaque rentre par l'orifice cutané D.

Ces bandes d'os décalcifié forment deux ponts A. B. et

C. D. sur lesquels on couche le rein dont on avive alors les surfaces latérales et convexes par de petites incisions peu profondes, parallèles, partant d'une extrémité du rein à l'autre, sur la même face naturellement ; on en fait quelques-unes sur chacune des faces : la petite hémorrhagie que ces incisions occasionnent est aisément contrôlée, par une légère compression avec des éponges antiseptiques.

Les chefs des ponts qui sont à l'extérieur aux points A. B. C. D., sont maintenus pendant ce temps-là par des pinces ; lorsque le sang cesse de donner, on pose le rein sur les ponts.

Le hile est tout à fait libre, les vaisseaux et l'uretère, ne sont pas comprimés comme il est facile de s'en convaincre, et ne peuvent pas l'être, car ce sont les deux seules extrémités du rein qui reposent sur les bandes d'os décalcifiés.

Les plaques doivent avoir une longueur suffisante pour maintenir et contenir le rein sans le brider ni le faire sortir de la plaie, leur rôle consiste exclusivement en une action de soutien, elles doivent empêcher le rein de retomber dans la cavité abdominale en lui barrant le chemin mais sans exercer de compression. On suture, ensuite les chefs externes des ponts aux parois en comprenant dans les sutures, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis et les aponévroses,

Rien n'est plus facile que de préparer soi-même ces

plaques que l'on taillera toujours plus longues qu'il ne faudra.

On peut toujours les raccourcir (nous conseillons de les tailler de toute la longueur du fémur du même animal et d'une épaisseur d'un bon centimètre environ).

Pour cette préparation on se sert de préférence du tibia ou du fémur du bœuf que l'on peut se procurer facilement partout. On pourrait employer les os longs de tel grand animal que l'on voudrait. On fait bouillir l'os ou les os choisis pendant une journée dans de l'eau contenant une forte quantité de carbonate de potassium, cette ébullition débarrasse les os de leur graisse, périoste, moelle, etc. Puis on les met ensuite, après les avoir sciés de la longueur et de l'épaisseur que l'on désire, dans une solution à 10 parties d'acide chlorhydrique pour 80 parties d'eau que l'on renouvelle tous les jours. Au bout d'une dizaine de jours les os sont devenus mous et peuvent être façonnés et taillés comme on le désire.

On les lave dans une solution de bicarbonate de sodium pour enlever les traces d'acide chlorhydrique qu'ils peuvent encore contenir. On les plonge ensuite pendant 2 ou 3 jours dans une solution de sublimé forte à 4 ou 5 pour mille puis on les conserve soit dans de l'huile phéniquée, soit mieux encore dans une solution saturée d'éther iodoformé. Si l'on avait été obligé de par le volume du rein ou par suite de la difficulté que l'on aurait éprouvée à l'amener à la paroi lombaire

ou pour telle autre raison que ce soit, d'agrandir l'incision par en bas, le long de la crête iliaque, il faudrait, après avoir mis le rein sur ses ponts, suturer les lèvres de cette incision supplémentaire. Si, d'autre part dans l'incision normale, le rein était plus petit que normalement, on pourrait par quelques points de suture fermer légèrement les deux extrémités de l'incision. Le pont d'os décalcifié doit avoir deux travers de doigt environ de largeur. On ne suture pas la plaie, on la laisse telle quelle, après toutefois en avoir fait la toilette et l'avoir saupoudrée d'iodoforme: on place un drain dans sa partie la plus délive que l'on retire au bout de 2 à 3 jours, on fait le pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate hydrophile comme pour les autres plaies, que l'on maintient très serré. La plaie se cicatrise par deuxième intention. Sauf indications spéciales nous ne défaisons le pansement que le dixième jour nous le renouvelons comme précédemment.

En règle générale il faut faire le moins de pansements possible, il se forme un tissu cicatriciel par granulation et bourgeonnement, les ponts agissent, en plus de leur rôle de soutien, comme corps étrangers, ils deviennent des *incitationes ad proliferationem*. Dans un temps qui peut varier de six semaines à deux mois et demi environ en moyenne, le tissu cicatriciel qui enserre et maintient le rein dans sa nouvelle position est entièrement formé. Les ponts d'os décalcifiés finissent à la longue par se resorber, ainsi que nous l'avons constaté sur les animaux.

Le patient doit rester dans le décubitus dorsal de deux mois à deux mois et demi, c'est-à-dire jusqu'à cicatrisation de la plaie. Après ce temps-là, on le fait marcher avec une ceinture bien que la guérison soit complète et qu'à la rigueur on put s'en passer, mais il est plus prudent de ne pas forcer une cicatrice jeune encore. On fait quitter la ceinture au bout de 2 à 3 mois.

Nous avons adopté d'une façon générale comme criterium de la guérison, la fermeture de la plaie opératoire car, en effet, le rein est alors solidement fixé.

Pendant les 3 ou 4 premiers jours qui suivent l'intervention, les malades présentent une notable diminution dans la quantité d'urine excrétée probablement par action reflexe puisque l'intervention ne porte pas sur le rein lui-même. Pendant un temps variable comme on en jugera par les observations que nous publions ci-après, les malades éprouvent des douleurs d'intensité et de durée différentes, que nous croyons occasionnées par l'emprisonnement du rein par la gangue lymphatique qui va amener une soudure de l'organe et aussi par les tiraillements exercés par le rein sur les bords de la plaie par l'intermédiaire des ponts d'os décalcifiés, et, peut-être même aussi, par l'irritation produite par le frottement de ces corps étrangers sur le rein, organe sensible. Quelle que soit l'intensité des ces douleurs, elles disparaissent entièrement dans la suite. Avant de pratiquer la néphropexie sans sutures, il sera bon, comme d'ailleurs avant toute opération de faire faire une analyse

sérieuse et complète des urines, de rechercher si le taux de l'urée n'est pas anormalement baissé, de faire examiner, également les urines au point de vue de la toxicité urinaire, ou mieux encore de le faire soi-même à ce point de vue, car une urine peut être normale quant à l'urée, l'albumine, et, quant au sucre, mais présenter une grande diminution de la toxicité urinaire, ce qui, selon nous, contrindiquerait de la façon la plus absolue l'opération, car cette baisse de la toxicité, jointe à l'obli-gurie post-opératoire constante pourrait devenir le point de départ de troubles urémiques inquiétants, graves, quelquefois mortels.

OBSERVATION I (due à l'obligeance de M. Fischer).

En octobre 1897, M^{me} Edwin H..., américaine, âgée de 35 ans, 3 enfants morts successivement à quelques années d'intervalle d'athrepsie, méningite et rougeole, vint nous consulter pour des troubles neurasthéniques qui remontaient à 8 ans déjà, époque à laquelle elle avait perdu son deuxième enfant qu'elle adorait et qui était son préféré. M^{me} E. H... avait essayé une grande quantité de traitements divers sans grand résultat, il faut toutefois ajouter qu'elle n'en a peut-être jamais suivi un régulièrement, elle se soignait par « Fits and starts » comme elle disait, c'est-à-dire d'une façon éclectique, choisissant dans les différentes médications proposées

celles qui lui plaisaient le plus ou qui correspondaient le mieux à son état d'esprit du moment ; cessant aussitôt sans raison pour en prendre une autre ou consulter un nouveau médecin. Bref, lorsque cette dame vint nous consulter, elle nous dit qu'elle souffrait d'une descente de matrice, qu'elle sentait remonter et descendre ensuite par moments et que sa maladie lui occasionnait de violentes douleurs dans le côté droit. A l'examen nous trouvâmes un périnée à peu près normal, pas de prolapsus utérin, une leucorrhée insignifiante. Nous cherchâmes alors du côté des reins et trouvâmes le rein droit ectopié, flottant dans la cavité abdominale. Nous affirmâmes à M^{me} E. H. que si elle voulait bien se laisser fixer le rein par une opération, nous lui garantissions la cessation de ses douleurs. Elle nous fit pas mal d'objections, nous disant entre autres choses qu'une de ses amies avait subi une opération de ce genre, que son rein n'avait pas tenu en place, et qu'elle souffrait davantage depuis.

Nous lui affirmâmes alors que nous étions l'auteur d'un nouveau procédé que nous avions maintes fois expérimenté et qui nous avait déjà donné de parfaits résultats (nous oîmes de lui dire que nos essais n'avaient jusqu'alors porté que sur des animaux) ; elle accepta l'opération. Vers la mi-octobre après ses époques, nous lui pratiquâmes la néphropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein 2 ou 3 jours après l'opération, les douleurs devinrent tellement intolérables que nous fûmes obligés de faire à notre malade deux injections

de morphine par jour. Le neuvième jour la température monta subitement le soir à 39° 5. Le lendemain matin nous refimes le pansement et constatâmes de la suppuration qui continua pendant une quinzaine de jours, nécessitant un pansement journalier et un lavage antiseptique de la plaie. La fièvre tomba le vingt-quatrième jour et ne reparut plus. Les douleurs persistèrent jusqu'après cicatrisation complète, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la onzième semaine. Nous fîmes garder le lit à notre malade 15 jours encore après la cessation de la douleur, toujours dans le décubitus dorsal, puis nous lui permîmes de se lever un peu avec une ceinture. En mai 1898 la guérison était parfaite, le rein était solidement fixé, les troubles neurasthéniques avaient en grande partie disparu. Quant aux douleurs occasionnées par le rein déplacé elles avaient totalement cessé. Le rein a depuis cette époque élu domicile dans sa nouvelle position dont il n'a plus jamais varié ; inutile d'ajouter qu'il se trouve abaissé et n'occupe plus sa place antérieure, cela découle de soi puisque nous le fixons au-dessous de la douzième côte.

OBSERVATION II (due à l'obligeance de M. Fischer).

En mars 1898 M^{lle} Alice R..., 22 ans, bonne santé habituelle, pas d'antécédents personnels ni histoire de famille, vint nous consulter pour une douleur qu'elle

ressentait depuis deux ans dans la région lombaire droite, consécutive à une chute de bicyclette qu'elle avait faite.

Les divers médecins qu'elle avait consultés depuis son accident lui avaient tour à tour prescrit du salicylate de soude, du salopliène, des frictions avec des liniments calmants, de la belladone, de la valériane, des potions aux bromures, des stippages au chlorure de méthyle loco-dolenti, que sais-je encore ? le tout sans grand résultat. Un de ces médecins lui avait même fait porter une pelote de Glénard. Les douleurs cessaient pendant quelque temps (avec un nouveau médecin et une nouvelle médication) pour reparaitre un peu plus tard, plus lancinantes que jamais.

Le caractère de M^{lle} R... avait changé, elle était devenue nerveuse, irritable, pleurait pour un rien et souffrait d'attaques intermittentes de coliques. d'une acuité telle qu'elle en perdait souvent connaissance, cela devait être des attaques d'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère. A l'examen nous constatâmes à la région lombaire un léger méplat à la percussion, une sonorité un peu plus prononcée qu'à gauche. Le palper abdominal nous fit sentir une tumeur assez volumineuse, très mobile, fuyant sous les doigts comme un noyau de cerise et tendant à remonter vers l'hypo-chondre ; après nous être bien assuré que la vésicule biliaire n'était point en cause, nous diagnostiquâmes un rein flottant. Nous lui proposâmes notre nouvelle

opération qu'elle accepta volontiers. Au commencement de mai 1898 nous lui pratiquâmes la néphropexie sans sutures.

L'opération ne présenta rien de particulier à noter si ce n'est que nous eûmes à agrandir notre incision par en bas de quelques centimètres en suivant la crête iliaque, car le rein anormalement gros, quoique sain, n'était pas de par son volume très maniable dans la plaie.

Les douleurs post-opératoires durèrent quatre semaines environ; la guérison complète fut rapide; le 20 juillet nous permîmes à notre malade de se lever avec une ceinture. La guérison s'est maintenue ininterrompue; depuis le rein est fixé à la paroi aussi solidement, plus solidement même que s'il ne s'était jamais déplacé, la neurasthénie est entièrement guérie.

OBSERVATION III

En décembre 1898 une cliente du Dr Fischer, Mme D..., le pria de vouloir bien examiner une femme de chambre qu'elle avait à son service depuis des années et qui ne s'était jamais bien portée ayant toujours été un peu patraque, dont l'état général mauvais d'habitude ne faisait qu'empirer depuis quelque temps. Cette femme de chambre allemande avait élevé un des enfants de Mme D... et lui avait enseigné l'alle-

mand ; cet enfant était mort jeune. Mme D..., en mémoire de son fils, l'avait conservée à son service.

Maria S..., âgée de 39 ans, avait dans cette famille une véritable sinécure, elle ne faisait pas grand chose si ce n'est accompagner quelquefois madame à la promenade, lui parler du petit mort et coudre une ou deux heures par jour. Ce n'était donc point le travail qui avait fatigué Maria S..., elle fut soignée pendant un mois jusqu'aux Rois, en janvier 1899, sans grand résultat.

M. Fischer pratiqua alors un examen complet, il vit que Mlle Maria S... avait eu des enfants, elle avait une forte déchirure du périnée, un prolapsus utérinel et vésical, une paroi abdominale flasque, de la dilatation de l'estomac et un double prolapsus rénal. Vers la fin janvier 1899, il lui fit une périnéorrhaphie et fixa le rein gauche par la néphropexie sans sutures. Au commencement de mars il lui pratiqua, toujours d'après la même méthode, la fixation du rein droit. Actuellement, fin mai, tous les troubles nerveux ont cessé, les reins paraissent fixés aussi solidement que possible et tout porte à croire qu'il en sera toujours ainsi.

CONCLUSIONS

1° Les moyens médicaux quels qu'ils soient ne servent de rien dans le rein flottant grave.

2° Les observations que l'on a pratiquées jusqu'à ce jour ne donnent qu'un pourcentage faible de cures radicales 40 à 50 0/0.

3° L'opération nouvelle du Dr Fischer, est simple, facile à la portée de tous les praticiens. Elle ne nécessite ni connaissances ni instrumentation spéciales.

4° Elle assure toujours la fixation du rein car elle agit doublement par le tissu cicatriciel de la plaie que l'on ne ferme point, et par les ponts d'os décalcifiés qui contribuent à irriter les tissus environnants et deviennent des centres autour desquels se forment des granulations et de la lymphe plastique qui en serrera le rein. Les Lamelles d'os décalcifiés seront donc elle-mêmes remplacées par un tissu de cicatrice lorsqu'à la longue elles auront été résolées, elles ajoutent leur pouvoir contentif à celui de la cicatrice que nous laissons se fermer par

deuxième intention afin d'obtenir un tissu cicatriciel fort.

5° Elle respecte l'intégrité du rein.

6° Cette opération réussira là, ou les autres procédés auraient échoué et rendra par conséquent de grands services, il est à peine besoin d'ajouter qu'elle réussira également là ou les autres auraient été couronnés de succès.

7° Cette méthode est très facile à exécuter en tant que manuel opératoire elle ne nécessite aucune instrumentation spéciale ni aucune connaissance particulière autre que celles que tous les médecins doivent posséder.

Vu : PAR LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

BROUARDEL.

Vu : PAR LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
